

踝管高压综合征的诊断与治疗

党馥珍

(西安市红十字会医院, 陕西 西安 710054)

踝关节周围的闭合性严重性损伤往往因踝关节组织结构的变化, 致使筋膜间隔发生内压升高而出现一系列变化。1986 年~ 1997 年临床观察治疗 7 例, 总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 6 例, 女 1 例; 12 岁~ 25 岁 5 例, 35 岁~ 50 岁 1 例, 60 岁以上 1 例。骨折类型: 三踝骨折合并胫距脱位 3 例, 距骨骨折 2 例, 胫腓骨下段严重性粉碎骨折 2 例。

1.2 治疗方法 手术治疗 2 例, 手术探查中骨折复位固定 1 例, 骨牵引 1 例。其他 5 例, 手法复位 3 例, 牵引 2 例。

1.3 结果 经过急诊处理。7 例均无后遗症。骨折愈合、并达解剖或近解剖复位。除 2 例手术探查者在 72 小时内缓解后, 其余均在 24 小时缓解症状。

2 讨论

2.1 踝管高压综合症的诊断 因此病较少见, 往往被忽视而误诊漏诊。其症状与其他室间隔综合征的特点是一致的。以前很多作者用“4P”症状概括早期症状: 苍白 (pallor)、无脉 (pulslessness)、痛 (pain)、麻痹 (paralysis)^[1]。故此四点为必须牢记的四个早期症状。另有学者将其总结为“5P”即以上 4P 再加上感觉异常 (parasthesia)^[2]。其特点为: 早期疼痛有时特别剧烈, 尤以夜间疼痛加重, 可使患者大喊大叫不能安静。此时千万不要误认为是骨折引起疼痛, 此种疼痛是患者难以忍受的。其病变不可逆时则出现知觉丧失而“无痛”。故也有学者将“无痛”总结为 5P 之一^[2]。这是要仔细分辨清楚的。另外, 也不要因麻痹或无脉而误认为是血管损伤或神经损伤。此病的五大症状同时存在, 不单一存在, 宜于辨别。

2.2 踝管高压综合征的治疗

2.2.1 一般处理: 首先, 要重视患肢所处的体位。一般情况下, 患肢抬高可促使静脉回流通畅而消肿。但在此病中, 抬高患肢不仅无效反而会加重已有的病变。因为抬高患肢会降低肢体动脉的血压。在组织压力增大的情况下, 动脉压的降低会导致小动脉的关闭, 而加重组织缺血。在组织压高于静脉压的情况下, 抬高患肢也达不到促进静脉回流的作用^[2,3]。故此病患肢应放于中立位。如果有石膏、夹板等外固定要尽快解除。局部可以保暖。同时应用药物如扩血管药、利尿剂等, 使组织尽快消肿, 使血管痉挛得以缓解。另外, 中药活血化瘀药也可以服用或静滴。促进血循环的恢复和瘀血的消退。

2.2.2 尽早复位去除病因: 踝关节系下肢与足的结合部, 正常位置成 90° 角。此处筋膜虽短, 不能形成前臂和小腿胫前那样大的室间隔。但踝关节是骨性组织与腱性、支持带集中的

区域。骨折严重移位可能占据了踝前筋膜间隔及内踝后方的踝管。引起与其他室间隔综合征同样性质的病变。使足部肌肉、组织完全缺血坏死。故早期诊断、复位是治疗踝管高压症的有效方法之一。如三踝骨折, 后踝、内踝的严重移位往往伴随胫距关节脱位, 而使踝管体积缩小, 压力升高。致使组织缺血坏死。正确的手法复位使三踝骨折成功地复位或部分复位, 都有利于踝管内压力的减小。必须注意: 复位中手法要轻柔准确, 不能加重软组织的损伤。复位后仍需严密观察。缓解与否需看患者疼痛的缓解和客观指征“4P”症的消失。如以上方法尚无效, 需行手术治疗。

2.2.3 手术治疗: 经过一段处理, 药物治疗及手法复位等, 患者疼痛继续加剧, 足背、足底冰冷, 麻痹, 甚至出现癍斑 (尸斑), 足背及胫后动脉均触摸不清, 应立即手术减压。

方法: 取胫前及踝关节前正中直切口, 依次切开皮肤、皮下浅筋膜和踝前上方的小腿横韧带和小腿十字韧带。探查肌腱、足背动脉。切开骨膜、查看骨折移位情况, 清洗彻底引流瘀血。足背动脉搏动恢复是减压彻底之标志。再取内踝后弧形切口, 绕着内踝后沿切开此皮肤, 皮下浅筋膜, 即暴露出屈肌支持带, 其保护着胫后, 趾长屈肌、长屈肌等肌腱。其后为胫后动静脉及胫神经。切开支带, 探查踝管内血管及神经, 并深入到后踝处。探查骨性组织结构, 整复骨折移位, 引流瘀血。将减压完成。

探查术后, 不宜立即缝合切口。应开放观察。以免再度形成高压。术中探查后, 骨折的内固定器材不宜选用较大体积的, 以免占位再度引起高压。可采用跟骨牵引以维持骨折复位后的效果。

2.2.4 术后护理 对开放的前方及后方探查切口, 应每日严密观察, 保持无菌换药, 以油纱外敷, 并要求创面引流通畅, 以便创面中大量渗出的组织液血浆不淤积于创面, 发生感染及其他问题。并为二期缝合或游离植皮创造条件。

2.3 鉴别诊断 踝管高压综合征是筋膜间隔综合征的一种, 其特点为踝部筋膜间隔短小, 肌肉肌腹少。不同于小腿室间隔与前臂室间隔处肌肉肌腹多而集中。坏死的肌肉严重影响手足的功能。此处的病变仅见于骨折严重的瘀血瘀集、骨组织占位等情况。预后较前两处病变影响程度小, 但患者痛苦极大。因踝部高度张力压迫了胫神经, 腓总神经分枝及足背动脉、胫后动脉。将极大危及足的坏死等。此病有别于跗管综合征^[3]。此病为血管、神经、肌肉等全方位的病变, 系急性。而跗管综合征为慢性压迫, 压力小, 不涉及肌肉及血管, 仅压迫胫神经。另外, 该病要与单纯的足背动脉损伤、腓总神经损

伤等其他疾病相鉴别。诊断时,对患者的反映要十分注意。要认真鉴别患者真实的体征,不要被假象迷惑而致使误诊。

手术松解踝管高压综合征,对骨折的处理可同时进行。成功的手法复位亦可缓解局部的压力再次增高。手术内固定中,内固定物如体积大、占位多则不能使用。术后创面的处理亦以不再增加局部内压为原则。故我们采用一例开放创面。一例

稀疏缝合,再做II期处理。使骨折愈合之前创面便可愈合。

参考文献

- [1] 郭巨灵. 临床骨科学(骨病分册). 北京:人民卫生出版社. 1990, 8.
- [2] 郭世绂. 临床骨科解剖学. 天津:天津科技出版社. 1988, 9.
- [3] 董扬. Colle 骨折并发脉管综合症的防治—附 6 例报告. 上海医学, 1997, 5: 20.

(编辑:李为农)

指骨骨折双向牵引治疗器的设计与临床应用

沈三歌 沈岩

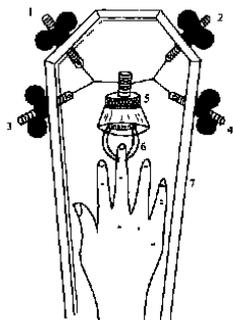
(睢宁县中医院, 江苏 睢宁 221200)

笔者自 1995 年迄今共收治了 25 例指骨骨折患者,对于这些患者的治疗改变了以前以手法整复、小夹板或石膏固定的治疗方法,采用了本人设计的指骨骨折双向牵引治疗器治疗,效果非常满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 25 例,男 21 例,女 4 例;年龄 23~45 岁;左侧指骨骨折 5 例,右侧指骨骨折 20 例;粉碎型 6 例,开放型 3 例,全部病例均经过 X 线摄片确诊。

1.2 指骨骨折双向牵引治疗器的设计 该治疗器由牵引架、抓骨针、抓骨丝、双向牵引调节丝、两侧矫正成角调节丝组成。如图所示。



注:1,2. 双向牵引调节丝;3,4. 矫正成角调节丝;

5. 抓骨丝;6. 抓骨针;7. 牵引架

图 1 指骨骨折双向牵引治疗器

2 治疗方法

(1) 把治疗器牵引架固定在患侧手腕石膏基上。(2) 作骨折指、邻指及手掌皮肤消毒。(3) 选择准确进针点,再作局部麻醉,如是第一节指骨骨折,可在第二节指骨作为抓骨针进针点;如是第二节指骨骨折,可在第二指骨远侧骨折端作为进针

点。(4) 在进针点部位作皮肤麻醉之后,置入抓骨针,紧调抓骨丝,使其抓骨针尖刺过骨皮质。(5) 在拔伸牵引情况下,采用不同手法矫正重叠移位、成角移位或背向移位。(6) 在 X 线透视下进行微调双向牵引丝待重叠移位完全矫正之后,再作微调成角调节丝,骨折端向桡侧成角者,紧调桡侧成角调节丝;骨折端向尺侧成角者,紧调尺侧成角调节丝,一直微调对位满意为止。

3 治疗结果

疗效评定标准。优:骨折端达到解剖复位,骨性愈合,手指活动功能正常,本组 23 例。良:患指双骨折端对位良好,手指关节伸屈基本到位,无疼痛,能正常从事各种动作,本组 2 例。

4 讨论

指骨骨折是手部最常见的骨折,如治疗方法不妥当,可发生骨折畸形愈合,除小指外其余各指均可直接影响手的功能,所以手指骨骨折在治疗过程中,应尽量做到骨折解剖复位,不能遗留重叠、成角、旋转等移位畸形,以免影响肌腱的正常滑动,造成不同程度的功能障碍,笔者在指骨骨折双向牵引治疗器应用之前,采用手法整复、小夹板或石膏外固定的治疗方法,由于没有维持牵引的设备,容易造成骨折端再移位,影响疗效。该治疗器应用于临床之后,完全避免了骨折端再移位的现象。

指骨骨折双向牵引治疗器的研制与应用,避免了指骨骨折内固定手术带来副损伤与后遗症,同时填补了指骨骨折无法牵引的空白。对于开放性骨折可先作清创缝合,然后再依上述临床应用条款中治疗步骤顺序治疗。该治疗器应用于患指牵引 3 周左右,及时经 X 线摄片复查,一旦达到临床愈合,立即拆除牵引器,辅导患者手指诸关节功能锻炼。

(编辑:李为农)